

# 75th Anniversary

ITO HOSPITAL

1937~2012





# 甲状腺を 病む方々の ために

## 伊藤病院の基本姿勢

### 理念

甲状腺を病む方々のために

### 基本方針

甲状腺疾患専門病院としての業務に徹する

## CONTENTS

創立75周年のごあいさつ 「甲状腺を病む方々のために」世界一の専門病院を目指す	
院長 伊藤公一	4
私の院長時代	
名誉院長 伊藤國彦	6
ご挨拶75周年に寄せて	
副院長 杉野公則	8
75周年に思う	
看護部長 平塚和子	10
当院の診療について	
甲状腺癌・パセドウ病手術の変遷	
外科部長 長瀨充二	12
History of ito hospital(1937~2012)	14.19
基礎・確立・発展	15~18
当院の診療について	
検査・診断方法の推移	
内科部長 吉村弘	20
穿刺吸引細胞診検査について	
診療技術部長 北川亘	22
アイソトープ治療 アブレーションについて	
外科医長 渋谷洋	24
橋本病の「いま」と「これから」	
内科医長 向笠浩司	26
統計情報のご紹介 1998年~2011年の統計情報	28
大須診療所	
ごあいさつ	
大須診療所 院長 椿秀三千	30

## ■ 創立75周年のごあいさつ

### ごあいさつ



伊藤病院 院長  
伊藤 公一

伊藤病院は4分の3世紀の節目を迎えました。そこで私共の歩みを紹介し、さらなる未来を夢見ながら“Voice”別冊を作成いたしました。

当院は昭和12年、伊藤尹(ただす)が創業しました。祖父は元々、病理学者でしたが、顕微鏡を介して診断するバセドウ病や甲状腺腫瘍の病状に特別な興味を抱き、実際に患者様を直接拝見する臨床医に転進し、大分県・野口病院で甲状腺外科医としての修練を積みました。そして開業を志し、祖母の郷里である東京・表参道にて、病院の前身である有床診療所を開設しました。

創業時に抱いた目標そのものが甲状腺の病院であったことが、私共の最大のプライドです。20年間をかけて専門病院としての基礎を築いた祖父の死後、昭和34年に30代前半の若さで、父・伊藤国彦が院長職を継承し、40年間をかけて現在のスタイルを確立しました。そして平成10年よりは、益々の発展を思い描きながら、私が院長業を務めております。

昔も今も伊藤病院は3つの使命を持って行動しております。

1つ目は「甲状腺専門病院である」ことです。守備範囲と適正規模を踏まえながら、甲状腺に係わる全ての検査・治療を、最先端の手法を持って完結できるよう、スタッフと設備を備えております。

2つ目は「民間病院である強みを活かす」ことです。無論、社会保障のルールには準じますが、患者様と私共の目標・利益は一致しております。そこで独自のアイデアで柔軟に環境整備を図っております。

3つ目は「学術的研鑽を積む」ことです。我々は常に学習しております。当院から学会や医学論文などとして発信する学術情報は、世界中の医学者に注目評価されております。そして、これらの研究成果を日々の診療・看護に活かしております。

以上のミッションを守りつつ、今後も、ただ、ひたすらに「甲状腺を病む方々のために」 世界一の専門病院を目指していく所存でございます。

どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

## ■ 創立75周年のごあいさつ

### 私の院長の時代



伊藤病院 名誉院長  
伊藤國彦

伊藤病院の創立者伊藤尹(ただす)は昭和12年10月渋谷区稲田において開業。昭和14年には早くも同区原宿(現在地)に二階建ての病院を建築し、伊藤病院を開設した。しかし儂い運命か、昭和20年5月の大空襲で一夜にして烏有に帰してしまった。家族、職員、患者様は青山墓地に逃れて無事であった。同年6月河口湖町に疎開、後同年11月には品川区武蔵小山の空き病院と出会い、早速開業した。昭和28年には増築した。これが本院の武蔵小山時代である。このように伊藤病院の本格始業は慌ただしかった。これもこの時代を反映している。

伊藤尹は体格が良く、闊達な偉丈夫であった。また、周囲への気遣

いを忘れない紳士でもあった。酒は嗜まず、唯一の趣味はゴルフでハンディは5～6であった。ただこのゴルフも土日に限っていたことは今思い出しても敬服の他ない。私は縁あって一人娘の裕子と結婚することになった。私は伊藤家の人になったので、小山時代に病院の一面に新居を構えてもらった。昭和30年頃から父が急速に弱り、胃痛が見つかり、慶應病院で手術したが、昭和34年3月19日死去した。57歳の若さであった。

いよいよ私の試練の日々が始まった。体格も小柄で貧相な私にとっては重荷であることはもちろんであったが、私は無我夢中で働いた。幸いに優秀な6人の医師達が既に甲状腺のエキスパートとして働いて下さっていた。また、全職員がこの病院の危機のために懸命に力を尽くしてくれた。そのお陰でこの危機はスムーズに切り抜けた。

その頃、甲状腺学の進歩は目覚ましいものがあり、臨床も急速に進歩してきていた。幸いに若手の俊才が次々と伊藤病院の臨床に加わって下さった。私も出来るだけ研究会・学会に演題を出し、また誌上発表も積極的に行った。そのお陰で我ながら病院の内容が進歩していく様子がわかるようになってきた。次第に甲状腺疾患の専門性も固定してきた。これには多くの医師が携わってきたが、そのほとんどの人が今や甲状腺の分野ではリーダー的な存在になっている。一方、私の癖でどうも病院の機能が気に入らなくなり、平成7年頃から鹿島建設と共に新しい病院を模索し、思い切って建築に取り掛かった。平成9年秋頃に完成し、それを待つようにして私は院長を公一に譲った。院長在任期間は約40年であった。

公一は私と異なり、社交的で万事積極性がある。例えば名古屋に分院を開設、あるいは電子カルテを導入したりした。今では患者様の数は私の時代の2倍以上にも及んでいる。何よりも私にとっては有り難いことである。

ところが、人の世の中は思わぬものである。昨年秋、私は食道癌を発症した。慶應病院でお世話になり、放射線治療を受け、小康状態を得たので、今年からは自宅に療養中である。何分にも89歳という高齢であるので、回復も思うに任せないが、どうやら平和に日々を過ごしている。残された余命を存分に過ごそうと思っている毎日である。なにもかも皆様のお陰である。ここで改めて心からお礼を申し上げる次第である。

## ■ 創立75周年のごあいさつ

### ご挨拶 - 75周年に寄せて -



伊藤病院 副院長  
杉野公則

当院は今年で開院75年目を迎えます。節目の年には過去や先人に思いを馳せ、現状を鑑み、未来を創造する絶好の機会であります。この75年の間に医学は飛躍的に進歩し、多くのことが解明されて参りました。

甲状腺疾患の分野においても、その発展は目を見はるものがあり、多くの事柄が科学的に立証され、日々の臨床で応用されております。しかし残念ながら、まだ不明な事柄や治療に難渋する疾患があることも事実であります。現在、我が国の甲状腺に関する学会を中心として診療のガイドラインを作成する委員会や難治性の希少な疾患を全国から集計し、その病態や治療法を検討する集まり(コンソーシアム)が設立されており、治療や診断の標準化および治療法の開発を試みがなされております。

当院はこのような取り組みに積極的に参加し主導的な立場を確立しておりますが、このような対外的な活動も当院の社会的な使命と考えております。

しかし、今後の100年、150年という未来に向かい、当院がさらなる飛躍をめざすためには、現在の足下を固め、地道に進んでいくことがもっとも重要であると考えております。このことを職員一同、胆に銘じて精進して参ります。

## ■ 創立75周年のごあいさつ

### 75周年に思う



伊藤病院 看護部長  
平塚和子

昭和12年渋谷区隠田に伊藤医院が開設され今年が75周年となります。この75年は太平洋戦争を挟んで、日本という国が軍国主義の社会から民主化へと大きく変化を遂げた時代でもあります。伊藤病院も昭和20年5月にこの地域の空襲で戦火に見まわれ焼失しました。その後再建、何度かの新築を経て今日に至っています。甲状腺の専門病院として発展をさせてきた病院の中で、看護はどのような役割を果たしてきたのか看護ケアを提供する立場からですが、思いを巡らしみました。日本では、戦前、戦後間もない頃までは、家族が入院すれば、付き添い、寝具、食事も個人で準備しているといった医療・看護の状況でした。昭和25年、入院した施設の責任で看護、給食を提供する「完全看護」が導入。昭和33年国民が等しく医療を受けられるようにと「国民皆保険制度」が実現してから、医療を受ける側、提供する設備の状況も大きく変化して来ました。昭和33年の「基準看護」。平成6年「新看護体系」。平成12年看護料・入院時医学管理料・入院環境料を包括評価で行う「入院基本料の設定」と。医療・ケアを受ける環境は質的側面が、より重視されてきています。伊藤病院の医療サービス内容も時代の変容の中で、設備、技術、質の向上を目指した多くの先輩方の努力で今日が築かれて来ています。

その後が続く私達は、自分を含め家族や大切な人が、余儀なく医療を受ける立場に立たされた時、伊藤病院のような医療・看護が受けたいと思えるケア提供ができることを目標に努力していきます。創立90年、100年を目指して。

## 甲状腺癌・バセドウ病手術の変遷



伊藤病院 外科部長  
長 濱 充 二

日本における甲状腺癌、特に分化癌(乳頭癌と濾胞癌)の治療方針は諸外国と大きく異なります。諸外国ではかねてより甲状腺全摘術と放射性ヨウ素(I-131)治療がその柱となり、日本では甲状腺機能をできる限り温存する腺葉切除や亜全摘術が行われてきました。また、リンパ節転移については組織学的転移が多いことから郭清術が標準的に行われてきました。これは甲状腺分化癌に有用なI-131の利用可能な施設が日本では限られているという事情によります。当院でも甲状腺癌の大部分を占める甲状腺乳頭癌については腺葉切除や亜全摘術にリンパ節郭清術を加える手術を基本方針としてきました。

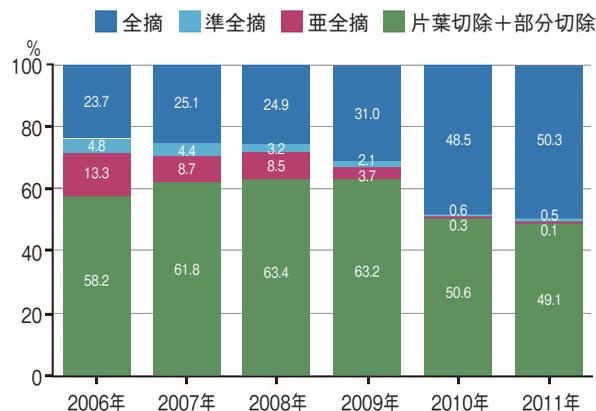
しかし2004年からは画一的な手術ではなく、乳頭癌については腫瘍の大きさに応じてリンパ節の郭清範囲を変えることや、リンパ節転移の有無により甲状腺の切除範囲を変えるなどの病状に応じた方法を治療指針に加えました。また当院では幸いにもI-131治療を行える利点を生かし、当院の事情に応じた治療ガイドラインを2009年に作成しました。これにより、リンパ節転移や腺内転移などのない早期の乳頭癌は甲状腺の切除範囲やリンパ節郭清範囲をより縮小した手術とし、リンパ節転移や甲状腺外への浸潤を認める進行した乳頭癌は甲状腺全摘術を行なって、その後I-131によるアブレーション(甲状腺付着部に残る肉眼的に見えない甲状腺細胞や残存乳頭癌細胞の破壊)を積極的に行う治療方針に変わりました。このため、2010年からは甲状腺全摘術の割合が多くなり、甲状腺の一部を残す亜全摘術はほとんど行われなくなりました(図)。

また当院では開院以来、バセドウ病手術治療の目標を、術後

に薬の内服をする必要がない甲状腺機能正常化を目指す甲状腺亜全摘術を標準術式としてきました。しかしこの術式では再燃も避けられず、術後の甲状腺機能を左右する因子は甲状腺残置量以上のものがないため、再発を避けるために残置量を少なくしていくことで、術後に甲状腺機能低下をきたすことも多くなりました。全ての人に期待される結果を提供する理想は達成できないと判断し、2011年4月から甲状腺全摘術を標準術式としています。

乳頭癌+濾胞癌+低分化癌に対する術式内訳(症例数)

	片葉切除 +部分切除	亜全摘	準全摘	全摘	合計
2006年	481	110	40	196	827
2007年	491	69	35	199	794
2008年	539	72	27	212	850
2009年	601	35	20	295	951
2010年	490	3	6	470	969
2011年	468	1	5	480	954



HISTORY OF  
ITO  
HOSPITAL  
1937~2012

伊藤尹

昭和12年～昭和34年  
1937～1959

伊藤國彦

昭和34年～平成9年  
1959～1997

伊藤公一

平成10年～現在  
1998～Present



75th  
Anniversary

ITO HOSPITAL

1937~2012

1937年10月19日創立

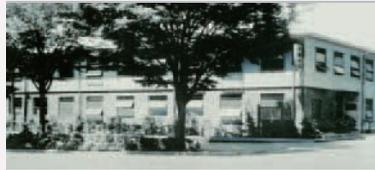


# 基礎

FOUNDATION

昭和12年～昭和34年  
1937～1959

## HISTORY OF ITO HOSPITAL



昭和14年(1939年)渋谷区原宿(現・渋谷区神宮前)に開設した当時の伊藤病院。



戦災での病院焼失後、山梨県への疎開を経て、昭和20年(1945年)に武蔵小山で病院を再開。



武蔵小山開業当時の様子。文展で特選を受賞した石川滋彦画伯による筆。



# 確立

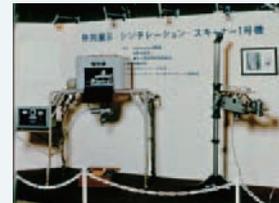
ESTABLISHMENT

昭和34年～平成9年  
1959～1997

## HISTORY OF ITO HOSPITAL



昭和34年(1959年)に竣工した伊藤病院。



# 発展

DEVELOPMENT

平成10年～現在  
1998～Present

## HISTORY OF ITO HOSPITAL



平成9年(1997年)渋谷区神宮前新築建物竣工。  
—平成22年(2010年)6月撮影—



## 検査・診断方法の推移



伊藤病院 内科部長  
吉村弘

甲状腺が甲状腺ホルモン(サイロキシン(T4)、トリヨウ素サイロニン(T3))を合成、分泌する臓器であると明らかになったのは1912年で、1926年にはT4の構造式が明らかになりました。

しかしながら、血液中の甲状腺ホルモンはその量が非常に少ないので測定は困難でした。1967年にT4が、1974年にT3と甲状腺刺激ホルモン(TSH)がようやく測定できるようになりました。T3、T4は血液内のアルブミン、プレアルブミン、サイロキシン結合蛋白タンパク質に結合している甲状腺ホルモンを測定しています。そのためにT3、T4は、これらのタンパク質が増えたり減ったりする病気では甲状腺に異常がないのに異常値を示します。また、実際に働いているホルモンはタンパク質に結合していないフリーのホルモンです。フリーのホルモンはさらに微量ですので測定が難しかったのですが1982年FT4が、1985年FT3が測定できるようになりました。この頃のTSHは低い値を正確に測定できませんでしたが、1993年高感度TSH測定キットが開発されTSHの低い方の値が正確に測定できるようになり、非常に軽い甲状腺中毒症の診断が可能になりました。

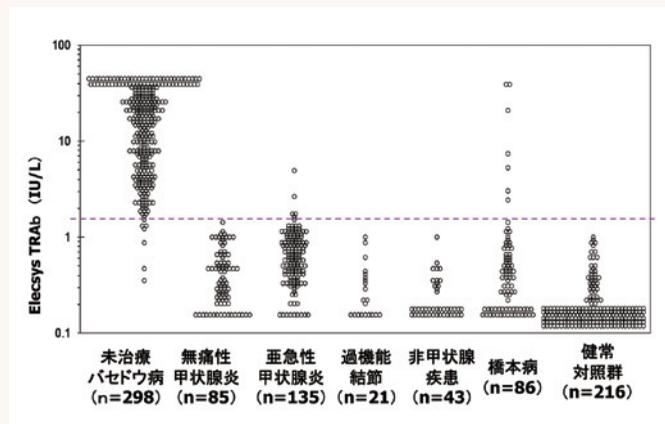
甲状腺血液検査関係のもう一つの大きな進歩は甲状腺自己抗体の測定です。橋本病(慢性甲状腺炎)の診断は、原則として甲状腺組織を見なければなりません。これは患者様の負担が大きいのですが、1956年に抗サイログロブリン抗体が測定できるようになりました。その後抗マイクロゾーム抗体も計る事ができるようになり、橋本病の診断が血液検査ででき

るようになりました。しかし、この頃の検査は低い方が正確でないために本当は抗体が存在するのに陰性と診断されることがあり、このような場合は細胞診が必要でした。

1990年代になりこれらの抗体をもっと低い値で正確に測定できるようになり橋本病の診断が正確に行えるようになりました。同じようにバセドウ病は、確定診断には甲状腺シンチグラム検査が必要だったのですが、バセドウ病の原因であるTSHレセプター抗体(TRAb)の測定が1989年に可能になりました。この頃は測定時間が長く結果が出るまでに2～3日必要でしたが、2008年に30分で自動的に測定できるようになりました。

現在、当院では採血から1時間以内にこれらの検査結果をだせるようになり、病気の診断と治療の効果を見ることができるようになっています。

各疾患群におけるTRAb(第3世代)



TRAb測定のための試薬も研究が進み、現在の試薬は「第3世代」と呼ばれております。図は疾患別のTRAbの測定値です。点線が基準値であり、バセドウ病の診断に非常に有意であることがわかります。

## 穿刺吸引細胞診検査について



伊藤病院 診療技術部長  
北川 亘

穿刺吸引細胞診検査は、甲状腺やリンパ節に細い針を刺して細胞を採取し、顕微鏡で腫瘍の種類を確認する検査のことです。この検査は甲状腺腫瘍が良性か悪性かの判断だけでなく、多くの甲状腺腫瘍の病理組織型診断が可能です。現在はほとんどの患者様にエコー（超音波）検査のさまざまな画像情報をもとに、診断に適した部位からピンポイントに細胞を採取するエコーガイド下穿刺吸引細胞診を行っています。このため2～3mm程度の病変でも充分診断をつけることが可能となっています。

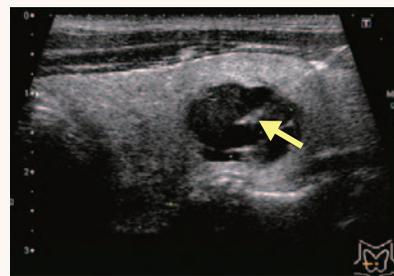
棒グラフは1994年から2011年までの年次別の穿刺吸引細胞診の検体数の推移を示しています。1994年は約1884検体であったものが、2011年には6574検体と約3.5倍に増加しています。

吸引した細胞は①悪性②悪性の疑い③良性か悪性か判断が難しいもの④良性⑤細胞が取りにくく判定が困難なもの5つに診断されます。甲状腺癌の大部分を占める乳頭癌は細胞に特徴があるので、ほぼ診断をつけることが可能です。当院の実績では採取した細胞の診断が“乳頭癌”の場合は99.3%、“乳頭癌疑い”では93.8%が手術後の病理組織診断で乳頭癌と証明されており、非常に高い診断成績です。しかし、濾胞腺腫(良性)や濾胞癌(悪性)のように細胞診では良性か悪性か判断が難しい腫瘍もあります。

穿刺吸引細胞診検査は、超音波検査とともに甲状腺腫瘍の診断に欠くことができない極めて重要な検査と言えます。

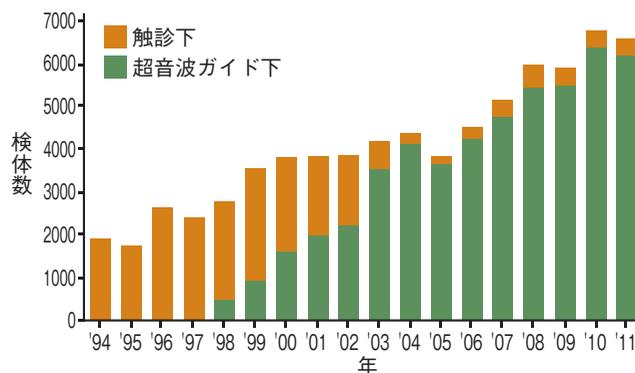


エコーガイド下穿刺吸引細胞診の実際



エコー画像  
腫瘍内部に穿刺針(矢印)が確認できます。

### 穿刺吸引細胞診の検体数の推移 (1994～2011年)



### アイソトープ治療 アブレーションについて



伊藤病院 外科医長  
渋谷洋

他臓器の悪性腫瘍ではあまり行われませんが、甲状腺癌に特有の治療の一つに、放射性ヨウ素(ヨードとも言う)内用療法があり、60年の歴史を有する安全な治療法です。

身体の新陳代謝を高める甲状腺ホルモンを合成する際に、甲状腺細胞はホルモンの原料となる無機ヨウ素を取り込みます。

甲状腺濾胞細胞から発生した甲状腺乳頭癌や甲状腺濾胞癌は正常な細胞と同様に、無機ヨウ素を取り込む力が残っている場合があります。転移病巣や局所再発病巣に取り込まれた放射性ヨウ素(I-131)は、細胞内にとどまっている間β線という放射線を癌細胞の内側から照射し、癌細胞そのものを消滅させます。

特に甲状腺を全摘した後に残存甲状腺を破壊(アブレーション)しておく、将来的に再発が減らせるという高い有用性が示され、欧米では一般化しています。手術で綺麗に甲状腺が全摘されていても、顕微鏡的には気管との付着部に甲状腺細胞が程度の差こそあれ、殆どの場合残ります。これを残存甲状腺(甲状腺床ともいう)といいます。日本では、これまで入院でのみ可能であったアブレーションが、平成22年11月8日付け医政指発第1108第2号で厚生労働省からの認可を得、いくつかの条件をクリアできれば外来でも施行可能となりました。当院でも平成23年9月1日から施行開始しています。また、アブレーション後に全身シンチグラフィを撮像することで、癌の身体への拡がりの有無を検査することもできます。

痛みを伴わない治療方法ですが、治療準備のためにこれま

では甲状腺ホルモン剤のチラーヂンSを休薬することが必要でした。これに伴い甲状腺機能低下症の諸症状(全身倦怠、眠気、冷えなど)が治療の前後現れることがあります。こちらも現在は注射剤による甲状腺刺激ホルモン使用が認められたため、ホルモン剤を休薬せず体調を損なうことなくアブレーション可能になりました。

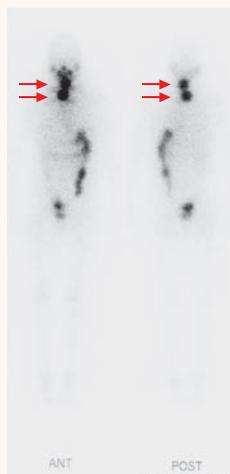


図1：アブレーション時シンチグラム

アブレーション時のI-131シンチグラム。甲状腺床への強い集積を認める。その他頸部リンパ節、遠隔転移を疑わせる集積を認めない。体幹部の集積は腸管および膀胱である。

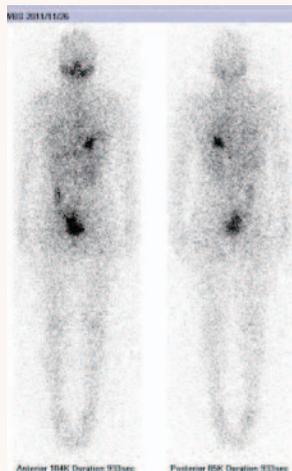


図2：アブレーション後シンチグラム

確認シンチでは甲状腺床への集積消失が分かる。

### 橋本病の『いま』と『これから』



伊藤病院 内科医長  
向笠浩司

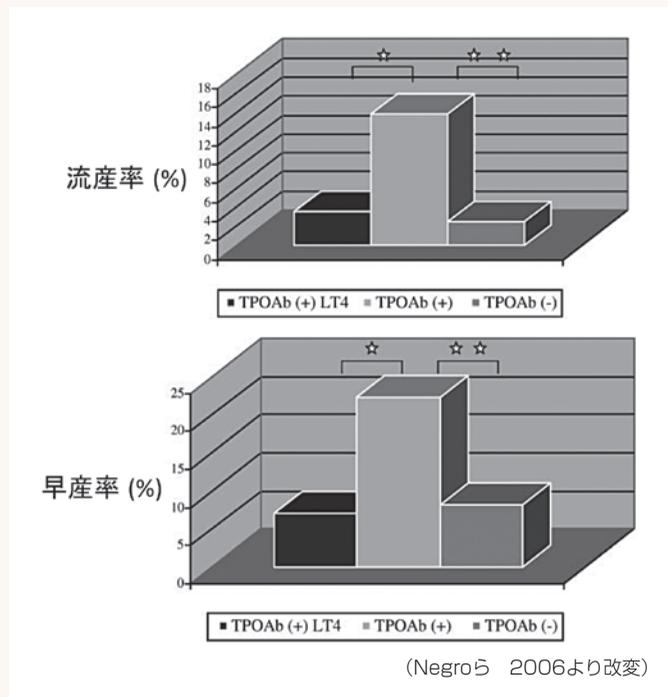
橋本病は甲状腺疾患で頻度の高い病気の一つであり、当院でも多くの患者様が通院されております。日本人の名前がついている病気は非常に少ないのですが、橋本病はそのひとつです。

橋本病は甲状腺に炎症がおこり、甲状腺の組織が破壊されることによって、甲状腺ホルモンの分泌が減少する病気ですが、はっきりとした原因はまだ不明です。女性では男性の数倍発症しやすく、若年でも発症することがありますが、若年のうちに甲状腺ホルモンが低下する状態にまでなるのは稀です。甲状腺ホルモンが低下すると、むくみ、体重増加、倦怠感、皮膚のかさつき、月経不順などが出現します。治療は甲状腺ホルモンの補充をすることで、ホルモンを正常化すれば、通常と変わらない生活を送ることができます。海藻類の摂取については不明な点もありますが、極端な過剰摂取をしない限りは摂取して問題ありません。最近是不育症・不妊症の一部の患者さんにおいて甲状腺ホルモンが関与しており、甲状腺ホルモンのごく軽度の低下であっても、甲状腺ホルモンを補充すると流産や早産の確率が低下することが海外より報告されています。検査をしなければ、甲状腺機能が低下して、症状が出現するまで診断がつかないから、不育症・不妊症が疑われる方は、特に血縁者に甲状腺疾患の方がいる場合、一度は甲状腺ホルモンの検査を受けておいた方が良いかもしれません。

今年には橋本策(はかる)博士が橋本病を発見してから100周年という節目の年でもあります。本年の日本甲状腺学会は福岡で開催されますが、同時に橋本病100周年講演が開催され、世界の第一線の橋本病研究が報告されます。橋本病は発見さ

れて100年も経つのに、はっきりとした原因も不明で、わかっていないことが多い病気です。原因が不明ということは、根本的な治療法もまだ開発されていないということであり、現在は甲状腺ホルモンの補充しか治療法はありません。しかし今後は研究が進み、遺伝子治療や再生医療を用いた橋本病の根本的な治療が将来的に可能になることを期待してやみません。

図 チラーゼンの補充による橋本病患者の流産率、早産率の改善



図を簡単に説明しますと、左端の黒の棒グラフがチラーゼンを補充した橋本病患者、中央の棒グラフが補充をしなかった橋本病患者、右端の棒グラフが比較対照とした橋本病のない患者のもので、流産率、早産率ともにチラーゼンの内服によって改善し、橋本病でない患者と同様のレベルに低下していることがわかります。ただしこれは海外のデータであり、日本人でも同様の結果がでるかはまだわかっていません。

## 1998年～2011年の 統計情報

当院の旧建物は1960年(昭和35年)に診療を開始し、その後増改築を繰り返しつつ1995年までの35年間使用しておりました。建て替え中の2年間をはさみ、現在の建物は1997年10月に完成、診療をスタートしました。翌1998年1月に2代目院長伊藤國彦より3代目院長 伊藤公一が引き継ぎ、今に至っています。

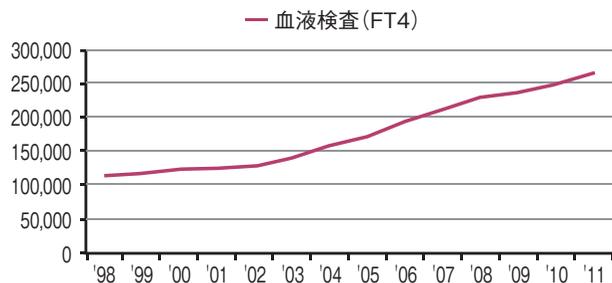
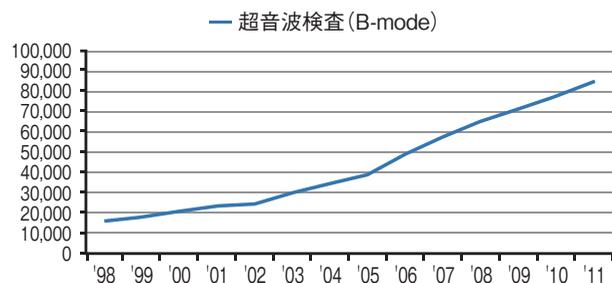
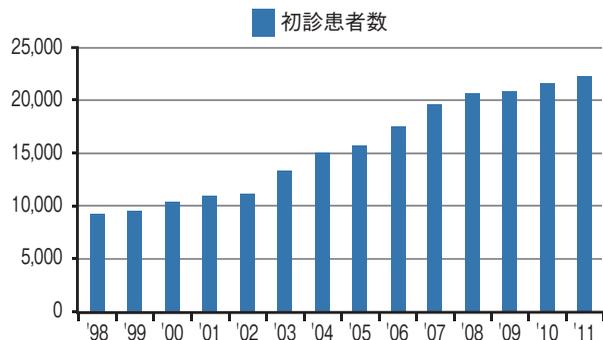
グラフは1998年からの患者数と検査数の推移を表しています。

1998年を振り返ると、外来患者数は181,425名(初診9,312名)でした。13年後となる2011年実績では、外来患者数306,075名(初診22,217名)となっております。検査技術の進歩もあり、血液検査(FT4)が2.4倍、甲状腺超音波検査は5倍以上となりました。

これに合わせて、ハード面では診察室・検査室の増設や待合室の拡張、ソフト面においても独自の電子カルテ開発・導入などによる効率化、そして職員数も137名から209名と1.5倍以上に増員しております。グラフには現れておりませんが、医師は2.3倍、看護師は3.4倍と大幅に増加しており、また臨床検査技師も1.8倍となっております。

表参道という土地柄のため、建物面積を拡張することは困難ですが、効率的なシステムの導入やバックヤードを縮小して診療部門を拡張するなど、限られたスペースの有効活用を行いつつ、よりよい医療サービスをご提供するため、質的にも拡充を続けております。

今後もひたすら「甲状腺を病む方々のために」日々研鑽を進めてまいります。



## ごあいさつ



大須診療所  
院長 椿秀三千

大須診療所の責任者を務めております椿秀三千でございます。

私が縁あって初めて伊藤病院の外来を担当したのは約20年前になります。当時は東京女子医大内分泌外科で甲状腺疾患を勉強中でしたが、伊藤國彦院長(現名誉院長)、三村孝先生(前副院長)、高見博先生(現伊藤病院学術顧問)など第一線で活躍している高名な諸先生に院内の勉強会や学会などで薫陶を受ける事ができ、大変感激した事を昨日のように思い出します。

伊藤病院は大平洋戦争前の戦時経済統制が始まる頃の昭和12年に甲状腺疾患専門施設として創設されて以来、現在まで75年にわたり診療を継続し他に追随をゆるさない臨床経験とそれに伴うデータの蓄積があり、ここから得られる研究成果は常に患者様のために還元されています。今後も、伊藤病院は日本のみならず現在活動中のアジア太平洋内分泌会議(APEC)などアジア地域、そして世界の中で甲状腺疾患専門施設として常に臨床や研究においてリード・発展していくと存じます。

大須診療所は伊藤病院の治療を東海地方の患者様に提供する事を目的として平成16年に開院を致しましたが、この先、伊藤病院とともに大須診療所も名古屋において歴史を重ねていく所存です。

最後にITOSUの言葉のように、大須診療所も宜しくお願致します。

2004年6月 大須301ビルに大須診療所 開院



2004年8月 丸茂病院での手術を開始



2008年8月 院長交代 長瀬充二→椿秀三千

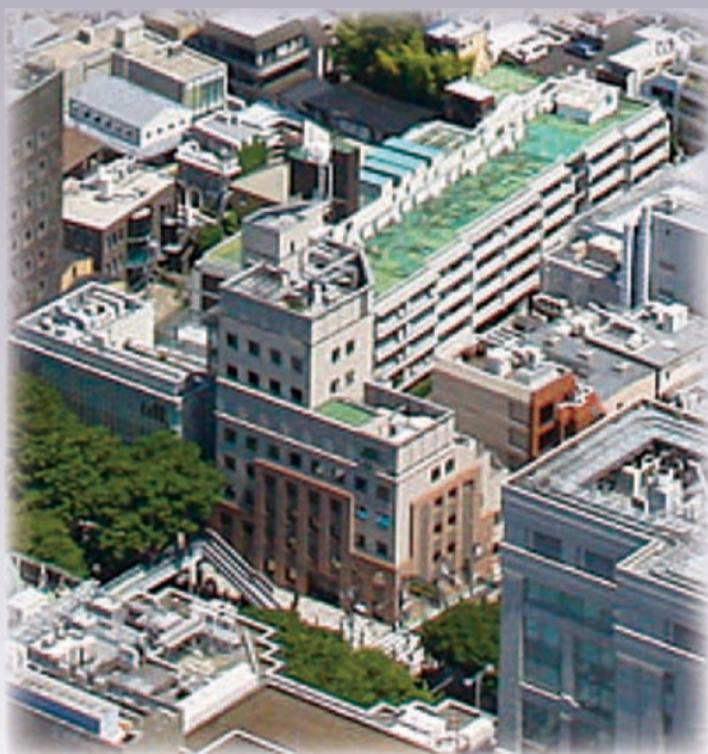


院長 椿秀三千の診察風景

2011年7月 アイソトープ検査・治療設備を備え、移転開院



75th Anniversary  
ITO HOSPITAL



発行 2012年10月25日発行 第39号 別冊創立75周年記念特別号 伊藤病院広報誌委員会

**ITO**  
**HOSPITAL**

伊藤病院

〒150-8308 東京都渋谷区神宮前4-3-6

TEL : 03-3402-7411

FAX : 03-3402-7415

URL : <http://ito-hospital.jp>